DE

N° 161.

LA RÉUNION IMMÉDIATE

ET DE SES AVANTAGES.

Thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 1^er^. août 1831, pour obtenir le grade de Docteur en chirurgie;

PAR ANTONIO DA LUZ PITTA, de Madère,

(Ile portugaise);

Docteur en médecine de la Faculté de Montpellier; Bachelier ès-lettres et ès-sciences; Membre correspondant de la Société d'histoire naturelle; Membre titulaire du Cercle médical et de la Société chirurgicale d'émulation; ex-Chirurgien externe à l'hôpital Saint-Éloi de la même ville.

Every improvement must encounter for a time the opposition of prejudice; but, one so important as that which we are considering, must at length prevail and meet with universal adoption.

From SAMUEL COOPER's Dictionary of practical surgery, p. 79.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1831.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER, *Examinateur.*
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN, *Suppléant.*
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Examinateur.* / CLOQUET, *Président.*
Pathologie médicale	DUMÉRIL. / ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND, *Examinateur.*
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	LEROUX. / FOUQUIER. / ..... / CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN. / ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Dubois.
Bayle. *Suppléant.*	Gerdy.
Blandin, *Examinateur.*	Gibert.
Bouillaud, *Examinateur.*	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cottereau.	Rochoux.
Dance.	Sandras.
Devergie.	Trousseau.
Dubled.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A

MONSIEUR JULES CLOQUET,

Professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris; Chevalier de la Légion-d'Honneur; Chirurgien de la Maison royale de Santé; Membre de l'Académie royale de Médecine; de la Société Philomatique; de l'Académie des sciences naturelles de Philadelphie; du Lycée d'histoire naturelle et de l'Académie de Médecine de New-York; de la Société médicale de Lexincton; de la Société médico-chirurgicale de Berlin; de l'Académie impériale de Médecine de Wilna; de la Société académique de Médecine de Marseille; de l'Académie de Médecine de Bruxelles.

Témoignage de respect et de considération.

A. DA LUZ PITTA.

AVANT-PROPOS.

Peu de questions chirurgicales présentent, dans l'état actuel de la science, autant d'intérêt que celle qui nous occupe. Complètement résolue pour beaucoup de chirurgiens, elle est encore problématique, ou bien décidée en sens contraire, pour d'autres. Cette dissidence d'opinions sur un point de pratique qui embrasse un si grand nombre de faits, et sur lequel l'homme de l'art se trouve chaque jour forcé de se prononcer, a piqué vivement notre curiosité, et nous a fait éprouver le besoin d'éclairer notre conscience. Après avoir réfléchi sur ce que nous avons observé et entendu dans les deux écoles célèbres où nous avons puisé notre instruction, nous avons cru trouver des avantages réels dans la méthode dont nous tâchons de faire ressortir l'utilité.

Le plan de ce travail est facile à saisir. Nous nous sommes proposé, dans le premier chapitre, de donner une idée très-succincte des progrès de la réunion immédiate dans son application jusqu'à nos jours, et des succès qu'elle a partout obtenus. Dans le second, nous tâchons de nous rendre raison du mécanisme par lequel la nature procède dans l'accomplissement du travail de la réunion primitive. Après avoir exposé diverses opinions sur l'existence de l'*inflamma-*

tion adhésive, nous nous permettons de faire connaître celle que nous partageons. Dans le troisième, en établissant en général l'identité des plaies simples produites par un accident et de celles qui résultent des opérations, nous soutenons que le même traitement doit être appliqué aux unes et aux autres. Mais les exceptions que l'on a faites à ce principe concernant surtout les amputations, le quatrième chapitre est destiné à prouver que la réunion immédiate doit aussi leur être appliquée. Ici se présentait l'occasion de répondre à quelques objections, nous avons tâché de le faire. Enfin, dans un dernier chapitre, nous avons exposé les conditions au moyen desquelles nous avons vu la réunion immédiate obtenir de grands succès. La nécessité de ces conditions n'étant pas généralement sentie, et quelques auteurs prétendant expliquer par là les revers que la réunion immédiate éprouve entre les mains de quelques opérateurs, nous avons cru devoir les faire connaître avec quelque détail. Quoique nous possédions un bon nombre d'observations que nous aurions pu citer à l'appui de ce que nous avançons, nous nous en sommes abstenu, pour ne pas trop reculer les limites de cet écrit. On trouve, au reste, beaucoup de faits de ce genre dans plusieurs ouvrages que nous avons cités; celui de M. *Serre* seul en contient une cinquantaine, et les recueils d'observations de la clinique chirurgicale de Montpellier en renferment un grand nombre.

DE

LA RÉUNION IMMÉDIATE

ET DE SES AVANTAGES.

CHAPITRE PREMIER.

Considérations préliminaires.

L'expérience démontre qu'une plaie abandonnée aux seules forces de la nature peut guérir au moyen d'un travail connu sous le nom de *cicatrisation*. Ce travail réparateur, cette tendance des tissus divisés à se rapprocher et adhérer entr'eux constitue une loi de l'économie vivante, que l'on peut appeler, avec M. le professeur Cruveilhier, *loi d'intégrité, loi de restauration*, et qui devient *loi de reproduction* dans les espèces inférieures (1).

L'art, en imitant la nature et en secondant ses efforts, parvient à obtenir le même résultat d'une manière plus prompte et plus facile;

(1) Dict. de méd. et de chir. prat., art. *Adhérence*.

il s'agit de placer les parties divisées dans les conditions les plus favorables à leur mutuelle adhésion. C'est dans ces vues que l'on pratique l'opération qui consiste à rapprocher et maintenir en contact immédiat les bords des solutions de continuité. Les chirurgiens ont appelé cette opération *réunion immédiate* ou *primitive*, *réunion par première intention*, *méthode adhésive*, etc. Si, au contraire, on place de la charpie entre les lèvres de la plaie jusqu'à ce que l'inflammation ait produit le développement des bourgeons charnus et de la membrane qui donne naissance à la suppuration, afin de profiter de ce moment pour les rapprocher, on opère ce que l'on désigne sous le nom de *réunion médiate*, *consécutive*, *secondaire*. Le but principal de cet écrit est de montrer que le premier de ces deux modes de réunion a de grands avantages sur le second.

Origine et progrès de la réunion immédiate jusqu'à nos jours.

Ce n'est pas une chose de pure curiosité que de savoir comment les sciences marchent vers leur perfectionnement, et comment, en tâtonnant et en corrigeant peu à peu des erreurs, on parvient enfin à posséder la vérité. La réunion immédiate nous en offre un exemple : tour à tour adoptée et proscrite, ses progrès n'ont pas été aussi rapides que l'on aurait dû s'y attendre ; mais qui ne sait que les revers ne prouvent pas toujours qu'une chose soit mauvaise? Trop souvent ne proviennent-ils pas du mauvais usage qu'on en fait? Assez connue aujourd'hui, la réunion immédiate est peut-être au moment d'être universellement adoptée : c'est ce que quelques mots sur son histoire laisseront sans doute entrevoir.

Le procédé de la réunion immédiate, loin d'être une découverte récente, a été conseillé et mis en pratique, dès l'enfance de l'art, par le père de la médecine (1). *Celse* pose en principe, en parlant des so-

(1) Histoire de la chirurgie, par *Dujardin*, t. 1, p. 209.

lutions de continuité, qu'après avoir arrêté le sang, l'indication à remplir est la réunion, et tâche d'indiquer les cas où la suture convient plutôt que tout autre moyen (1). Mais les anciens n'ont pas su donner à ce précepte toute l'étendue qu'il devait avoir ; ils n'ont pas établi l'identité d'une blessure faite avec un instrument dirigé par une force aveugle, avec celle qui l'a été par la main éclairée d'un opérateur. Ce ne fut que vers la fin du dix-septième siècle, au rapport de *Sharp*, que l'on a tenté de guérir la plaie résultant des amputations par la méthode de l'*inosculation* (2). *Lowdham*, et après lui *James Jonge* ont préconisé ce mode de pansement ; mais il est vrai de dire qu'il a été abandonné jusqu'à ce que *O'Halloran*, en 1765, enseigna à faire suppurer la plaie résultant de l'amputation à lambeaux pour faire plus tard la réunion secondaire. Alors quelques chirurgiens se déclarèrent en faveur de la réunion immédiate, et *Sharp*, qui vivait à cette époque, non seulement l'avait adoptée, mais avait eu recours à la suture. Plus tard, *Valentin* consacra une partie de son ouvrage à approfondir la question de la réunion; mais il l'envisagea sous un point de vue différent de celui de ses prédécesseurs, et s'attacha spécialement à trouver un nouveau mode opératoire propre à prévenir la saillie de l'os après l'amputation (3).

Vers la fin du siècle dernier, les chirurgiens anglais ont remarqué que l'on ne conservait pas assez de peau pour recouvrir les surfaces que l'on mettait à découvert après les grandes opérations. *B. Bell* rapporte que ce fut à Paris qu'il fit surtout cette observation, qu'il mit ensuite à profit en adoptant la réunion immédiate. Il est cependant facile de se convaincre, par la lecture de son ouvrage, qu'il n'avait pas

---

(1) *De re medica*, vol. 2, edit. *Pariset*, lib. 7, cap 4, fol. 182.

(2) Critical inquiry in to the present state of surgery. — Le mot *inosculation*, que l'on emploie comme synonyme d'anastomose, a servi à désigner l'abouchement des vaisseaux divisés dans la cicatrisation.

(3) Recherches critiques sur la chirurgie moderne.

d'idées bien claires sur ce mode de pansement (1). Peu de temps après, plusieurs chirurgiens de Londres, d'Édimbourg et des armées de la Grande-Bretagne l'avaient adoptée ; mais ce fut surtout *Alanson* qui, dans son Manuel pratique de l'amputation des membres, imprimé à Liverpool en 1779, a fait valoir les avantages de la réunion en exposant les inconvéniens et les dangers de la méthode ancienne ; il a dévoilé presque tout l'ensemble de la question et porté la conviction dans les esprits. C'est, en effet, de cette époque que date le véritable triomphe de la méthode adhésive. Alors elle se répandit en France ; *Desault* amputa la cuisse à une dame en 1783, réunit la plaie par première intention, et le vingt-deuxième jour elle était parfaitement guérie. De jeunes chirurgiens furent en Angleterre et en Écosse, dans le but de voir mettre cette méthode en pratique, et quelques professeurs ne tardèrent pas à l'enseigner publiquement. A l'affaire de Newbourg, où il y eut environ deux mille blessés, *Percy* en fit un grand essai sur le champ de bataille ; il pratiqua quatre-vingt-douze amputations, dont trente-huit de la cuisse, trente-trois du bras et vingt et une de la jambe ; toutes les plaies furent réunies par première intention, et le vingt-sixième jour de l'opération, quatre-vingt-six de ses malades étaient guéris, et furent recevoir eux-mêmes la gratification que le général Dessoles fut chargé de leur accorder (2). Cet exemple ne fut pas perdu pour beaucoup de chirurgiens français.

Dans ces temps de guerre parut l'ouvrage d'un des plus célèbres chirurgiens anglais : cet ouvrage, que vingt années de pratique avaient produit, a été favorablement accueilli par le public ; il est à regretter seulement que *John Munter* ait cru la méthode adhésive dangereuse après l'extirpation des tumeurs cancéreuses, et qu'il ait proscrit la suture des moyens propres à seconder la réunion (3).

---

(1) System of surgery.

(2) Rapport à l'Institut sur le Mémoire de M. *Roux*, 1814.

(3) On the blood, inflammation etc., London 1794.

Le Traité des plaies de *John Bell* suivit de près l'ouvrage de *Hunter;* sa première édition parut en 1796. On sait qu'il préconise la réunion immédiate, jusqu'à dire qu'elle avait fait faire plus de progrès à la chirurgie, et surtout à l'art des opérations qu'aucune découverte. Tandis que la chirurgie anglaise proclamait les succès de ce mode de pansement, le professeur *Pelletan* s'élevait contre lui avec beaucoup de force ; mais tous les chirurgiens, et surtout les militaires, ne se laissèrent pas entraîner par l'autorité du professeur de Paris, dans l'ouvrage duquel on trouva d'ailleurs des matériaux plus que suffisans pour le combattre. Nous signalerons entre autres M. *Maunoir,* de Genève, qui, au commencement de l'année 1812, envoya à l'Institut un Mémoire dans lequel il réfutait toutes les assertions du professeur *Pelletan.*

Déjà M. le professeur *Dubois,* par ses savantes leçons, faisait des partisans à la réunion immédiate. De son école sont sortis beaucoup de chirurgiens distingués qui en maintiennent et propagent encore les principes.

Vers la fin de la même année, M. *Delpech,* placé à la tête de l'enseignement clinique de l'école de Montpellier, changea tout à coup la face de la chirurgie, dont il mérite d'être appelé le *Régénérateur* dans le Midi de la France; il adopta la méthode adhésive par la suture, qu'il emploie depuis dix-neuf ans avec des succès éclatans. Son savoir profond, son éloquence facile et chaleureuse, appuyée sur des faits innombrables, étaient des moyens plus que suffisans pour faire embrasser ses opinions sur ce point par tous ceux qui ont suivi ses leçons : ainsi on voit aujourd'hui la méthode adhésive adoptée dans les hôpitaux des grandes villes de France, à Bordeaux comme à Lyon, à Toulouse comme à Marseille, Metz, Brest, etc. Quelques-uns des illustres professeurs de cette école ont aussi proclamé dans leurs écrits les avantages de la réunion immédiate. M. *Richerand* est sans contredit un de ceux qui ont le plus contribué à la faire adopter : il établit en principe qu'il faut, dans tous les cas, tenter la réunion

immédiate de la plaie qui succède aux amputations, lors même que les diverses circonstances ne permettraient pas de l'espérer; il ne peut y avoir d'inconvéniens, ajoute ce savant professeur, à recouvrir le moignon avec le lambeau des tégumens conservés; et il assure avoir mis cette méthode en pratique constamment depuis bien des années dans toutes les amputations, et avoir réussi chez les trois quarts des malades au moins (1). M. *Roux* a surtout fait valoir l'emploi de cette méthode à la suite de l'amputation de la cuisse (2); et récemment M. *Serre*, un des agrégés les plus distingués de la Faculté, de Montpellier, vient de publier un intéressant ouvrage dans lequel il prouve, par une foule de faits, dont quelques-uns se sont passés sous nos yeux, l'influence de cette méthode sur les progrès récens de la chirurgie dans toutes les opérations (1). Faut-il ajouter que M. *Dupuytren* en retire tous les jours des avantages dans les cas où il l'emploie; qu'elle réussit parfaitement entre les mains de M. *Paul Dubois*; que MM. *Ucelli* et *Andreini*, à Florence; *Vacca* et *Regnoli*, à Pise; *Scarpa* et *Volpi*, à Pavie; *Alti*, *Venturoli* et *Cavara*, à Bologne; *Astley Cooper*, *Green*, *Lawrence*, *Guthrie*, *Brodie*, *Travers*, *Tyrrel*, *Key* et *Morgan*, à Londres; *Graefe*, à Berlin; *Langenbeck* et *Koch*, en Allemagne, en font usage avec succès? Ne sait-on pas enfin qu'elle est aujourd'hui généralement adoptée dans toute l'Angleterre, en Italie, en Prusse, en Allemagne, dans la Péninsule, aux État-Unis et dans toute l'Amérique?

Telle est la marche progressive de la méthode adhésive. Dans un écrit de cette nature, nous n'avons pu que l'esquisser à grands traits. On a dû cependant remarquer trois périodes bien distinctes: dans la première, qui remonte à l'antiquité la plus reculée, on l'a

---

(1) Nosographie chirurg., 5e. édit., t. 4, p. 499.

(2) Mémoire lu à l'Institut le 12 mars 1814.

(3) Traité de la réunion immédiate, etc.

mise en pratique dans le traitement des plaies accidentelles ; dans la seconde, qui est une des plus mémorables dans les fastes de l'art, on en a fait usage après les amputations ; dans la troisième enfin, qui appartient surtout au siècle où nous vivons, on l'a appliquée à presque toutes les opérations.

CHAPITRE II.

De l'inflammation adhésive et du mécanisme de l'adhésion primitive.

Les opinions des auteurs sur l'existence de ce degré d'inflammation que *Hunter* a cru nécessaire à l'adhésion des parties divisées, et qu'il a désigné sous le nom d'*inflammation adhésive*, se trouvent aujourd'hui partagées. A l'exemple de *Galien*, qui admettait un mode de réunion par simple adhésion (1), quelques écrivains modernes, tels que MM. *Delpech*, *John Bell*, *Maunoir*, de Genève, et *Serre*, ont avancé que l'inflammation ne préside pas toujours à l'accomplissement des phénomènes adhésifs. M. *Delpech* prétend, que lorsque la réunion immédiate s'opère dans les premiers momens, elle ne se fait point sous l'influence d'une inflammation qui n'a pas eu le temps de naître ni de se manifester par aucun symptôme ; il y a seulement effusion de sucs organiques par les bouches des vaisseaux coupés, et ces sucs n'ont besoin que du repos pour passer à l'état concret, condition qui leur est fournie par le traumatisme : c'est un phénomène du même ordre que celui qui unit l'œuf à l'utérus, et qui n'est certainement pas inflammatoire (2).

Comme *John Bell*, M. *Serre* pense que l'adhésion semble n'être

---

(1) « Frequenter enim vidimus cùm integrum crus brachiumve abscissum « esset coaluisse tamen vulnus antequam inflammatio aboriretur. » *Galenus*, adversus *Erasistrateos*, cap. 6.

(2) *Delpech*, Leçons de clinique.

que la continuation d'un acte physiologique ; mais il ajoute que ces circonstances sont à la vérité bien rares, et qu'elle peut encore provenir d'une autre source : alors les phénomènes qui en résultent deviennent un peu plus compliqués, et, quoique la constitution s'en ressente à peine, on pourrait dire, à la rigueur, qu'il y a eu inflammation (1).

Hunter paraîtrait aussi admettre une espèce d'adhésion à l'aide d'un peu de sang épanché entre les lèvres de la plaie : c'est son premier mode d'union. Le sang étant vivant, dit cet auteur, ce *medium unissant* devient une partie de nous-mêmes, et les parties n'en étant pas offensées, il n'en résulte pas d'irritation. Les particules rouges sont absorbées, et il ne reste que la lymphe coagulante, laquelle étant le vrai moyen d'union vivant devient ensuite vasculaire, nerveuse, etc. (2).

En abordant cette question, *Thomson* pense que l'interposition du sang, quelque légère qu'elle soit, doit nuire à la réunion. Selon lui, le sang épanché entre les surfaces divisées se coagule et forme alors un centre apparent de réunion. La lymphe coagulable que fait épancher l'inflammation adhésive peut bien d'abord ne pas détacher le sang des surfaces divisées ; mais ce dernier doit être préalablement éloigné comme corps étranger ou disparaître par absorption avant que l'adhérence réelle puisse avoir lieu. Il refuse aussi à cette lymphe qui circule dans nos organes la faculté de se coaguler sans une modification préalable de la part des vaisseaux qui la fournissent (3).

Voici quelle est l'opinion de quelques auteurs modernes sur le mécanisme de l'adhérence primitive. Le travail par lequel l'adhésion s'opère est des plus simples ; aussitôt que les parties sont divisées, il commence à s'opérer un suintement lymphatique sur toutes les sur-

---

(1) *Serre*, Traité de la réunion immédiate, p. 49.

(2) *John Hunter*, on the blood, inflammation, and gun-shot wounds, t. 2, p. 30.

(3) *Thomson's*, Lectures on inflammation, p. 215.

faces de la lésion. De même que l'écoulement du sang, ce suintement des fluides blancs est dû à la section des vaisseaux des tissus et à celle des tissus eux-mêmes. Lorsque les surfaces divisées sont mises en contact, cette lymphe s'étend nécessairement en nappe entre les deux lèvres de la lésion, et sortie qu'elle est de ses conduits naturels et pour ainsi dire du domaine de la vie, elle ne tarde pas à se coaguler; mais l'irritation s'empare bientôt de la partie, ou plutôt déjà douloureuse et irritée par seul fait de la lésion, son irritation s'accroît rapidement, la vitalité y augmente, et la couche de lymphe coagulée prend promptement les caractères d'une membrane. D'abord assez molle, cette membrane agglutine faiblement les surfaces de la plaie, et il est même facile de l'en détacher; mais elle s'organise avec rapidité, devient bientôt celluleuse, enfin fibreuse (1), et rétablit par une adhésion solide la continuité qui avait été interrompue. Au bout d'un certain temps cette membrane en disparaissant peu à peu ne laisse apercevoir qu'une ligne plus ou moins prononcée, suivant que la réunion a été plus ou moins parfaite (2).

Nous partageons l'opinion de ces derniers écrivains : nous pensons, en effet, que, quel que soit l'instrument qui pénètre dans le tissu de nos organes il ne peut agir qu'en divisant ou en écartant violemment les molécules qui les composent. La douleur accompagne et suit presque toujours son action; les fluides affluent en plus grande quantité dans la partie; la température s'élève, la tuméfaction et la rougeur sont même le plus souvent appréciables. En outre, le contact de l'air auquel la plaie est exposée pendant un certain temps, l'action de l'éponge dont on se sert pour l'absterger, sont autant de causes

---

(1) C'est le tissu de la cicatrice auquel M. *Delpech* donne le nom de *corps inodulaire*, et qui n'est autre chose que le dernier degré d'organisation de la membrane puogénique.

(2) Leçons de chirurgie, par MM. les professeurs *Cloquet* à Paris, 1831, et *Dugès* à Montpellier, 1829. — MM. *Roche* et *Sanson*, Nouveaux élémens de pathologie, t. 2, p. 594.

susceptibles de provoquer un certain degré d'irritation dans des surfaces qui ne sont pas habituées à recevoir de pareilles impressions. Prétendre donc que les choses se passent comme à l'état normal me paraît une opinion au moins hasardée.

CHAPITRE III.

Identité des plaies simples et de leur traitement, soit qu'elles résultent d'un accident ou d'une opération.

Il n'est pas un livre de notre art qui ne pose en principe, d'après l'expérience de tous les siècles, de réunir par première intention toute plaie qui en est susceptible. La distinction de *plaie simple* et *compliquée* n'a été faite que pour servir de fondement et de limite à ce précepte. La simplicité, dans ce cas, n'est autre chose que la possibilité de réunir la plaie sans préliminaire; la complication exige qu'on se livre à quelques soins préalables qui ont pour but de rendre la plaie simple, soit en arrêtant l'hémorrhagie, soit en supprimant les corps étrangers, etc. (1). La réunion doit donc être pratiquée dans les deux cas; elle est même, dans le premier, la principale indication; seulement la complication entraîne un ajournement, qui doit être le moins long qu'il se peut.

Y a-t-il maintenant quelque ressemblance entre les plaies récentes

---

(1) On a mis pendant long-temps au nombre des complications la *contusion* qui accompagne un grand nombre de plaies, surtout celles d'armes à feu; on sait aujourd'hui qu'elle ne s'oppose pas toujours à leur réunion primitive, et que l'on doit agir à leur égard comme pour les plaies simples.

L'expérience démontre, dit M. le professeur *Boyer*, que les plaies contuses guérissent souvent par première intention.... Les plaies contuses à lambeau, ajoute-t-il plus loin, doivent être réunies lors même que le sommet des lambeaux a été tellement contus qu'il paraît désorganisé. (Mal. chir., t. 1, p. 348.)

et celles qui résultent des grandes opérations, nécessitées souvent par des blessures également récentes? On ne saurait la méconnaître. La solution applicable aux unes doit l'être naturellement aux autres, et l'expérience vient, dans cette circonstance, à l'appui du raisonnement. Ainsi, il est démontré que les dénudations les plus étendues du crâne sont promptement guéries par la réunion immédiate. Les dangers que la contusion pourrait provoquer exigent, il est vrai, une thérapeutique préventive empressée; mais loin d'interdire, ils réclament, au contraire, impérieusement la cessation prompte de toute cause d'irritation, par conséquent de la plaie.

Dans les plaies du globe oculaire, l'occlusion des paupières rend, par la réunion, le même service que l'on s'en procure après l'opération de la cataracte par extraction; on évite de cette manière de grandes chances d'inflammation, et quelquefois la perte de l'organe.

Dans les plaies du thorax intéressant ou non des organes contenus dans cette cavité, il paraît hors de doute, malgré la diversité de quelques opinions, que la réunion immédiate est le parti le plus avantageux; car il n'est pas moins certain que la pleurésie inévitable, en prenant le parti contraire, est au moins douteuse dans l'avenir, quand on prend celui de la réunion primitive. Dans la vue de prévenir cette complication toujours fâcheuse, M. *Delpech* est allé jusqu'à conseiller, dans un Mémoire sur l'opération de l'empyème, de fermer, par la réunion immédiate, l'ouverture du thorax, et de la renouveler ailleurs avec les mêmes précautions pour épuiser l'épanchement (1).

Il est encore reconnu par beaucoup de praticiens que la cessation la plus prompte des phénomènes morbides dans une grande plaie pratiquée aux parois de la poitrine, pour l'ablation d'un cancer, est une chance importante pour éviter l'inflammation de la plèvre, et par suite celle des organes qu'elle enveloppe.

L'urgence de la réunion immédiate dans les plaies de l'abdomen a

---

(1) Mémorial des hôpitaux du midi et de la clinique de Montpellier, juin 1829.

été généralement sentie ; et la nécessité n'a-t-elle pas engagé les praticiens à passer par-dessus les prétendus inconvéniens de la suture, rejetée avec peu de raison dans bien d'autres cas?

C'est encore ce même besoin de réussir qui a fait chercher avec persévérance et enfin trouver les moyens ingénieux et sûrs de rétablir immédiatement la continuité du canal intestinal accidentellement détruite ; et il est évident que l'opération césarienne aussi bien que l'extirpation de la matrice cancéreuse seraient inévitablement mortelles, si on n'affrontait pas immédiatement les bords de la plaie des parois abdominales.

La castration a été simplifiée dans ses résultats par le soin d'oblitérer immédiatement l'espace que le testicule a laissé libre ; et quand on a dû poursuivre la dissection d'un énorme sarcocèle qui se prolongeait jusqu'au bassin, pourrait-on oser disséquer le péritoine, emporter même une portion de cette membrane, comme nous l'avons vu faire à Montpellier, sans accident consécutif (1), si l'on n'eût pas compté sur la réuion immédiate?

La désarticulation de la cuisse doit-elle être entreprise pour des lésions organiques qui ne laissent à l'art que cette ressource extrême, si on n'abrite pas aussitôt par la réunion immédiate les surfaces immenses que le couteau met à découvert? La raison seule semblerait taxer d'extravagance une pareille tentative, si des exemples funestes ne venaient pas à son appui.

Pourrait-on donner enfin à la chirurgie un des plus beaux faits que ses fastes contiennent, celui dans lequel, après avoir enlevé une tumeur éléphantiatique du poids de soixante livres, renfermant dans son sein les parties génitales, on a, au moyen de la réunion immédiate par trente points de suture, conservé un fourreau à la verge et abrité les testicules par un nouveau scrotum (2)?

---

(1) On trouve l'histoire de ce fait remarquable dans le Mémorial des hôpitaux du midi, février 1829.

(2) Clinique chirurgicale de Montpellier, par M. *Delpech*, t. 2, p. 2.6.

Si donc la réunion immédiate convient dans tous ces cas, si elle est même indispensable dans la plupart, on ne pourra nier son utilité à la suite des amputations des membres, et l'expérience l'a aussi mis hors de doute, comme nous tâcherons de le faire voir.

CHAPITRE IV.

Réunion immédiate à la suite des amputations.

Quelques chirurgiens, parmi lesquels on trouve des hommes du plus grand mérite, ont cherché à démontrer que la réunion immédiate après l'amputation avait de graves inconvéniens; et s'ils n'ont pas pu convaincre tous les opérateurs, ils ont concouru à faire adopter à plusieurs d'entr'eux la méthode mixte que l'on désigne sous le nom de *réunion secondaire.* Cette méthode, sans contredit bien préférable à celle qui consiste à attendre les progrès toujours lents de la cicatrisation, n'offre pas, à notre avis, les avantages de la première. Nous regardons, en effet, l'exception aux principes généraux, en faveur seulement de quelques opérations, comme inutile et nuisible, et il nous est impossible de concevoir quelle différence il existe entre une plaie simple qui est le résultat d'un accident, et celle qui est produite par une amputation. Dans les deux cas, des tissus de nature diverse, des os, des troncs nerveux, des vaisseaux considérables peuvent avoir été intéressés; dans les deux cas, on a un intérêt égal à rapprocher exactement les lèvres de la plaie pour soustraire au contact irritant de l'air et de la charpie les tissus mis à découvert, empêcher les extrémités des os de se nécroser, diminuer la douleur, l'afflux de sang, la fièvre traumatique, et prévenir enfin, dans quelques circonstances, la manifestation de cette espèce de gangrène que l'on appelle *pourriture d'hôpital.*

Dans ces deux cas encore, par ce moyen, on abrège beaucoup la douleur des pansemens, la longueur du traitement, et par conséquent

le malade est moins exposé à tous les accidens que peuvent occasioner, pendant que la plaie suppure, soit les moindres écarts de régime, soit les impressions morales, soit surtout les inflammations sympathiques des viscères, dont on constate malheureusement trop souvent la funeste influence. Il est même évident que la plaie qui résulte d'une amputation doit être plus apte à se réunir, parce que l'opérateur peut disposer des parties dans ce but; et la cicatrice qu'on en obtient est linéaire, plus ferme, plus régulière, et moins susceptible de se déchirer. Une grande mutilation est toujours un événement fort grave pour l'organisme : les changemens qui se passent dans la circulation, la nutrition et l'innervation, sont fort grands; mais ce qui est plus important encore, est la douleur et le travail puogénique qui va s'établir. Déjà, au moment où le couteau tranche la masse des chairs, et notamment les vaisseaux et les nerfs principaux, un œil attentif et exercé remarque un changement total dans l'expression des traits, une sorte de commotion électrique, dont l'impression profonde ne s'efface que long-temps après. Cet effet est trop prompt pour être attribué à l'effusion du sang, et on l'a observé même quand le vaisseau principal avait été lié d'avance dans la désarticulation de la cuisse. Ce moment marque le commencement d'une vive douleur, qui peut devenir mortelle si on la prolonge long-temps. Or, avant d'en venir aux amputations, les malades ont déjà beaucoup souffert, une partie des dangers de leur maladie ne vient même que de la douleur. Si on pouvait, avant l'opération, la faire cesser, il est probable qu'on en aurait évité la nécessité. Que doit-on faire dans le but de ne pas la continuer? Nous allons le voir en comparant la position des malades dont la plaie a été immédiatement réunie, et de ceux chez lesquels on l'a livrée à la suppuration.

Déjà, quelques heures après l'opération, l'un commence à être calme et plutôt abattu que souffrant; l'autre, tourmenté plus ou moins par la douleur, éprouve de l'agitation, de l'insomnie, et les plus fortes doses d'opium ne suffisent pas toujours pour faire cesser le spasme. Si ces souffrances ne sont pas assez vives et assez prolongées pour

donner la mort, elles mettent souvent en jeu les sympathies et provoquent les accidens les plus redoutables. Mais ce n'est pas tout, les douleurs qu'entraînent les pansemens ne sont pas moins à considérer. Qui, en fréquentant les hôpitaux, n'a pas été témoin de ces scènes affligeantes qui effraient les malades, au point que le seul souvenir des souffrances de la veille provoque chez eux des réactions fébriles quand le moment approche d'être de nouveau pansés? Le contraire arrive aux opérés chez lesquels on a mis en contact les bords de la plaie. Ils redoutent la levée du premier appareil, parce qu'ils croient qu'on va leur faire éprouver des douleurs; mais dès le jour qu'ils se sont aperçus de leur erreur, ils demandent, ils sollicitent des soins plus empressés, et semblent puiser du soulagement là où les autres trouvent l'occasion de leurs souffrances: ajoutons à cela l'impression morale que doivent éprouver les malades à l'aspect d'une large plaie enflammée et suppurante. N'est-il pas encore avantageux de soustraire à leurs regards, par la réunion immédiate, un objet terrible et dégoûtant, qui frappe si vivement l'imagination de ceux qui n'ont pas l'habitude de les voir?

Mais le travail puogénique est bien plus grave encore; il constitue une véritable maladie aiguë, à laquelle l'ensemble de l'organisme prend part, et *conspire*, selon le langage d'*Hippocrate*, pour une solution heureuse. Au milieu de la secousse profonde que la douleur et le travail inflammatoire impriment à l'économie, les organes digestifs sont rarement épargnés; leur action sur les alimens décroît de plus en plus: et comme chez les individus faibles les mouvemens fluxionnaires se font avec une grande rapidité, la moindre quantité d'alimens déposés dans l'estomac ne peut être digérée, fatigue cet organe, et agit comme corps étranger. Il n'est donc pas étonnant que l'inflammation des voies digestives soit si fréquente à la suite des grandes opérations terminées par des suppurations longues, comme à la suite de toute maladie chronique. Il faut cependant se garder de croire que ces inflammations soient le plus souvent la cause première de la mort.

En réunissant la plaie, au contraire, la réaction est quelquefois si peu intense, que l'on peut commencer dès les premiers jours à administrer du bouillon aux malades; et qui ne sait que, s'il est souvent utile de prescrire une diète sévère, il est des cas où il convient de réparer promptement leurs forces. Les écarts de régime, il faut en convenir, ont fait beaucoup de victimes, mais la diète trop long-temps soutenue n'est pas sans avoir eu les siennes.

Réponse à quelques objections.

Les chirurgiens qui préfèrent la réunion secondaire n'ignorent pas tous ces inconvéniens; mais ils accusent la réunion primitive d'en avoir de bien plus graves encore : ils prétendent qu'elle *provoque l'hémorrhagie, empêche de la combattre, et donne lieu à la formation d'abcès dans le fond de la plaie. Le pus, ne pouvant plus se porter au-dehors, s'infiltre dans le tissu intermusculaire, et donne naissance à des fusées purulentes très-étendues* (1).

D'abord nous croyons qu'il est facile de prouver que ces accidens doivent être attribués, tantôt à la manière dont on opère, tantôt au traitement que l'on suit après l'opération. Nous essaierons plus tard de rendre ceci évident, en traçant quelques règles à suivre dans l'opération, quand on a en vue la réunion immédiate, et en signalant ainsi les principales causes de ces accidens. Maintenant bornons-nous à indiquer comment, une fois qu'ils se manifestent, on peut y porter remède; car, quoi qu'on les ait évidemment exagérés, nous ne les croyons pas moins graves. Distinguons, avec M. *Serre*, les cas dans lesquels l'hémorrhagie est primitive de ceux où elle est consécutive : quand l'hémorrhagie se manifeste peu de temps après l'opération, il est tout aussi aisé et moins douloureux de couper les points de suture ou d'enlever quelques bandelettes, de mettre à découvert la surface

(1) *Pelletan*, Clin. chir., t. 3, p. 199, etc.

de la plaie et de placer une ligature sur le vaisseau qui fournit le sang, que d'arracher de cette surface des tampons de charpie imbibés de sang et confondus, pour ainsi dire, avec les chairs

Un cas de cette nature s'est présenté à M. *Lallemand*, après une amputation du bras. La ligature, placée sur la brachiale, s'était en partie détachée; on en appliqua une autre, et les lèvres de la plaie furent de nouveau rapprochées. La guérison a eu lieu dans l'espace de six jours. Voici l'opinion que M. le professeur *Roux* a émise à ce sujet : sur douze amputations de cuisse, disait ce savant professeur en 1814, une fois seulement il y a eu hémorrhagie; cet accident survint le jour même et durant les premières heures qui suivirent l'opération; on en fut averti presqu'à l'instant, et, *à la levée de l'appareil*, je n'ai pas vu qu'il y eut plus de sang épanché et coagulé dans l'intérieur de la plaie que si, celle-ci n'ayant pas été réunie, le même accident avait eu lieu. D'ailleurs, en supposant que l'hémorrhagie arrive quand on réunit, on peut y remédier aussitôt et aussi facilement que lorsqu'elle survient sans cette circonstance. Il est donc bien évident que la réunion immédiate n'est pas un obstacle à ce qu'on puisse remédier aux dangers de l'hémorrhagie primitive; tout porte à croire, au contraire, que cette méthode peut, plutôt que l'ancienne, prévenir ou empêcher la manifestation des hémorrhagies. Mais il en est bien autrement, peut-on nous dire, quand il s'agit d'une hémorrhagie qui vient à paraître alors que la plaie est déjà réunie en grande partie. Nous croyons qu'en pareilles circonstances, quel que soit d'ailleurs le procédé que l'on ait mis en usage, on doit s'abstenir de lever l'appareil dans l'intention de lier le vaisseau qui fournit le sang. Si l'hémorrhagie menace les jours du malade, il faut en venir à la ligature de l'artère principale, au-dessus du moignon; car il est trop tard pour songer à porter des ligatures à la surface de la plaie déjà enflammée; les vaisseaux ne sauraient plus en supporter l'action. D'ailleurs, les manœuvres auxquelles il faudrait se livrer pour atteindre l'artère auraient au moins des conséquences aussi graves que le procédé opératoire que nous sommes porté à préférer, et qui a été,

au reste, mis en pratique avec succès par MM. *Roux*, *Dupuytren*, *Delpech* et quelques chirurgiens anglais. M. *Serre* en cite quelques observations (1). L'emploi de la glace sur le moignon a été conseillé; et M. *Thern*, à Vienne, ne liant que l'artère principale du membre amputé, a toujours recours à ce moyen pour arrêter l'hémorrhagie. D'autres ont proposé aussi la compression sur le trajet du vaisseau principal : outre que ce moyen est loin d'être toujours efficace, il n'est pas sans inconvéniens. Voici ce que dit M. *Maunoir*, à propos des conséquences des hémorrhagies consécutives : « En convenant que « l'hémorrhagie puisse être la cause de la mort des malades, je me per- « mets de faire observer que ce sera toujours par la faiblesse où elle « les jette, et non par les désordres et les infiltrations *qu'on suppose* « *devoir arriver dans le moignon* (2). » On a, en effet, remarqué que le sang, loin de se répandre dans le tissu cellulaire des membres et de produire ces infiltrations qu'on a tant exagérées, s'épanche à la surface du moignon, soulève la peau qui la recouvre, se fraie une issue, soit à travers les points de suture, soit à travers les bandelettes, s'écoule en partie, et est en partie resorbé.

Une autre espèce d'hémorrhagie se manifeste un ou plusieurs jours après l'opération, c'est celle dont a parlé le professeur *Pelletan*, et qui est fournie par le système capillaire. Cette hémorrhagie, dit ce professeur, tient à deux causes : 1°. à la ligature d'un grand nombre de vaisseaux à la surface du moignon, et par suite au reflux du sang dans les plus petits; 2°. à la compression exercée par le bandage circulaire, et au refoulement du sang dans les vaisseaux profonds; car, ajoute-t-il, l'effet de la compression est rendu bien manifeste par la cessation de l'hémorrhagie quand l'appareil est enlevé (3).

Il paraît inconcevable qu'ayant une si exacte connaissance des causes de ces accidens, ce professeur n'ait pas trouvé sur-le-champ les moyens

---

(1) Traité de la réun. imméd., p. 152, etc.

(2) Mémoire sur les amputations, p. 45.

(3) Clin. chir., t. 3, p. 226.

de les prévenir en se souvenant de cet axiôme si connu : *Sublatâ causâ, tollitur effectus.*

Quoi de plus simple et de plus naturel que de s'attacher à lier jusqu'aux plus petits vaisseaux, comme nous le recommanderons plus spécialement ailleurs, et de renoncer au funeste emploi de ce bandage circulaire. M. *Delpech* regarde le soin de comprimer les parties molles d'un moignon par des doloires descendans d'une bande de toile ou de flanelle, dans la vue de grouper les muscles autour de l'os et de prévenir leur rétraction, comme une source d'accidens et d'insuccès pour la réunion immédiate; et déjà M. *Maunoir* s'était fortement élevé contre l'emploi de ce moyen quand il réfutait les assertions du professeur *Pelletan* (1). Il est impossible, en effet, d'exercer cette compression jusque sur le moignon, à moins de s'exposer à produire, par cette partie du bandage, le contraire de ce que l'on cherche à faire par les doloires placés au-dessus. L'engorgement de la surface de la plaie est donc inévitable; les liquides, ne pouvant plus circuler librement, provoquent l'inflammation, qui favorise la retraite des muscles, circonstance que l'on voulait prévenir : de là ces infiltrations, ces fusées purulentes dans le tissu intermusculaire, qui sont dues à l'extension de l'inflammation, et qui doivent être en raison directe de l'étendue des surfaces en voie de suppuration. On peut en acquérir la preuve en consultant sur ce point les recueils d'observations, et avoir la certitude dans la pratique de ceux qui n'adoptent pas la réunion immédiate. Les fusées purulentes ne sont donc pas le résultat de ce mode de pansement, et cette objection, qu'on a portée contre lui, est applicable dans toute sa force à la réunion secondaire. C'est précisément dans les cas où la réunion par première intention n'a pas eu lieu que l'on observe ce genre de complication. Comment concevoir et expliquer autrement les faits nombreux dans lesquels nous avons vu tenter la réunion primitive sans observer de pareils

(1) Mémoire sur les amputations, p. 46.

accidens? Il est bien rare que la peau, qui recouvre les parties profondes qui viennent à suppurer se prête à l'accomplissement des phénomènes adhésifs; ordinairement, l'inflammation se propage jusqu'aux tégumens, et la réunion ne s'y opère pas, du moins complètement; mais en supposant que cela ait lieu quelquefois, que la réunion soit complète à l'extérieur, et que la surface du moignon suppure, l'observation démontre que la matière purulente a beaucoup plus de tendance à se porter à l'extérieur qu'en dedans. Pourquoi le contraire aurait-il lieu dans cette circonstance? L'on a observé qu'ordinairement le pus soulève les tégumens, les enflamme, les ulcère, et s'écoule assez librement au-dehors, soit en déchirant un point de la cicatrice, soit à travers un point de la peau. Un coup de lancette donné à propos est un très-bon moyen de prévenir toute espèce d'accident, car le traitement de ces abcès ne diffère pas de celui qui convient aux abcès des autres régions. Il peut se faire aussi qu'en réunissant une plaie qui intéresse les os on ne les préserve pas toujours de la nécrose; la cicatrisation de la plaie n'a pas moins lieu; et lorsque le séquestre, s'il ne doit pas disparaître par l'absorption, est détaché, pour sortir, il soulève, déchire la cicatrice, qui se referme aussitôt.

On a reproché à la réunion immédiate d'*exposer les moignons aux chances d'un étranglement inflammatoire.*

Ce reproche n'est pas sans fondement; mais il est surtout applicable aux réunions faites au moyen de bandelettes agglutinatives toutes seules, et on en conçoit aisément la raison : en se servant de ces emplâtres pour maintenir les bords de la plaie, on est obligé d'exercer sur eux une forte constriction, et de les refouler contre l'os, qui est le seul point d'appui. Au contraire, quand on se sert de points de suture, on laisse plus de parties molles, le rapprochement a lieu sans le moindre effort, et il est rare de voir ces étranglemens. Mais, en supposant qu'ils surviennent, ne peut-on pas leur opposer les effusions sanguines générales et locales, les cataplasmes émolliens, la suppression des bandages, des bandelettes, et même des points de suture?

Quelquefois, dit *Samuel Cooper*, les tentatives que l'on fait pour obtenir la réunion échouent, même dans les cas les plus simples en apparence ; mais le mode de pansement que l'on a choisi est incapable de produire le moindre inconvénient, et alors la blessure rentre dans la classe de celles pour la cure desquelles on aurait suivi une conduite toute opposée. Le malade a couru la chance d'une guérison plus prompte, mais qui n'a pas eu de succès, et il doit désormais être traité par une méthode qui avait été écartée d'abord à cause de sa marche lente (1). Nous avons déjà vu que M. *Richerand* partage cette opinion ; il tient ailleurs encore à peu près ce même langage (2), qui, au reste, s'applique à toutes les objections.

Quelques chirurgiens de Paris, *alléguant l'influence d'un climat humide et malsain, prétendent que, si la réunion immédiate réussit ailleurs, elle ne saurait avoir du succès à la capitale.* Nous avons même entendu dire à M. *Lisfranc*, après une opération et en présence de nombreux élèves : « Voilà une belle plaie; si j'étais dans le midi, je n'aurais pas hésité à la réunir par première intention. »

Il paraît certain que le climat de Paris n'est pas aussi favorable au succès de cette méthode que l'est, par exemple, celui de Montpellier. M. *Serre*, lui-même, a fait cette remarque ; mais il ajoute qu'il pourrait rapporter plusieurs des insuccès qu'il a observés au défaut de soins qu'on avait mis dans le mode de pansement, s'il n'avait pas d'argumens bien plus forts. Ainsi, poursuit-il, *depuis plusieurs années*, MM. Dupuytren *et* Richerand *ont fait fréquemment usage de la réunion immédiate et en ont obtenu des résultats avantageux. Or, nous ne pensons pas qu'il existe une différence assez grande dans la localité de tel ou tel hôpital de la capitale, pour que tel moyen qui réussit dans l'un doive échouer dans l'autre* (3). On sait aussi que M. *Paul Dubois* emploie constamment la méthode adhésive, et qu'il en re-

---

(1) Ouvrage cité, article *Plaie.*

(2) Histoire des progrès de la chirurgie, p. 193.

(3) Ouvrage cité, p. 188.

tire de grands succès. Sur vingt-huit malades qui se sont présentés, dans le temps, à la Maison royale de Santé, pour des affections qui ont exigé l'amputation d'un membre, savoir : dans treize cas l'amputation de la cuisse; dans douze, celle de la jambe; dans deux, celle du bras; et dans un dernier cas, celle de l'avant-bras. Chez vingt-cinq de ces malades, les bords de la plaie ont été exactement rapprochés et maintenus en contact avec le plus grand soin : trois seulement ont succombé, l'un d'eux n'a pu être examiné; d'ailleurs l'autopsie n'aurait rien offert d'important; il était mort d'hémorrhagie, et l'opération avait été nécessitée par une lésion accidentelle. *Les deux autres ne présentaient aucun indice d'inflammation viscérale, et cependant ils étaient du nombre des vingt qui avaient été amputés pour des maladies anciennes* (1).

Outre que ces exemples semblent prouver que la méthode adhésive réussit même à Paris, nous ne saurions nous expliquer comment le climat de cette capitale pourrait avoir une influence directe et pour ainsi dire exclusive sur le succès de cette méthode, attendu que celui de Lyon, Metz, Brest, Bordeaux, Genève, Londres, Édimbourg et Dublin ne l'a pas. Cependant plusieurs de ces villes sont traversées par des rivières, et tandis que, pour les unes, le climat se rapproche beaucoup de celui de Paris, pour les autres, il semble devoir être plus humide et malsain. Du reste, il semblerait que plus le climat est mauvais, et plus la réunion immédiate doit paraître avantageuse, puisque, par elle, on met les surfaces des solutions de continuité à l'abri de l'action des agens extérieurs, dont il est impossible de méconnaître l'influence malfaisante.

Il n'y a jamais d'inconvénient, dit *John Bell*, à mettre dans un contact immédiat les surfaces divisées; le topique le plus doux pour un organe mis à découvert est, sans contredit, la partie même qui lui servait d'enveloppe (2).

---

(1) Lettre de M. *Paul Dubois* insérée dans la Lancette française du 9 mars 1830.

(2) Ouvrage cité, p. 24.

Il faut attendre qu'une masse considérable de faits, dans lesquels on ait procédé avec toutes les précautions qu'exige la méthode dont il est question, et que l'on pèse plutôt qu'on ne compte, comme voulait *Morgagni* (1), vienne prouver que, parmi les climats humides, il en est qui sont plutôt hostiles à ce mode de traitement qu'à tout autre. En attendant, nous sommes porté à croire qu'aucun climat ne contr'indique l'emploi de la méthode adhésive, que les climats humides et malsains sont une circonstance fâcheuse pour tous les traitemens, et pas plus pour celui dont nous parlons que pour la réunion secondaire.

Mais empressons-nous d'aborder celle de toutes les objections qui a paru la plus fondée; elle concerne *les dangers qui peuvent résulter d'une suppuration déjà ancienne, trop brusquement supprimée.*

Avant tout, tâchons de nous expliquer, si cela se peut, jusqu'à quel point la brusque suppression des phénomènes morbides peut amener ces complications fâcheuses dont on observe souvent les funestes conséquences.

Dans un temps où l'humorisme le plus grossier et les explications purement mécaniques faisaient la base de la physiologie et de la pathologie, rien de plus aisé à comprendre que ces métastases, ces transports de matière purulente; mais, aujourd'hui, il n'est plus permis de dire que ces inflammations internes qui compliquent les amputations sont dues à la résorption du pus, qui, ne sortant pas par la plaie, se transporte dans le foie, les poumons, etc.; et l'on croit que les plaies, par les relations sympathiques qu'elles entretiennent avec tous les organes, les rendent plus susceptibles de s'enflammer sous l'influence des causes les plus légères. Ces inflammations sympathiques, une fois développées, réagissent à leur tour sur la cause qui les a produites, et alors ou peut dire qu'une espèce de lutte s'établit entre l'irritation de la plaie et l'irritation intérieure. On conçoit,

---

(1) *Neque enim enumerandœ sunt, sed perpendendæ.... observationes.*

dans ces circonstances, que, plus l'irritation extérieure est intense, et plus elle doit exaspérer celle qu'elle a fait éclore dans les viscères et qui se trouve à l'état d'acuité. C'est là le moment le plus critique pour les malades. Plus tard, la plaie aurait pu agir comme dérivatif; mais le plus souvent il n'en est plus temps, si l'irradiation de la phlogose a été trop violente. Ce n'est donc pas à la suppression brusque de la suppuration que l'on peut attribuer ces inflammations viscérales, et cette manière de voir a des faits à son appui. Quel rapport y a-t-il, par exemple, entre une plaie de quelques lignes provenant d'une opération d'hypospadias réunie par première intention, et des abcès du foie, des amas de pus dans la synoviale du genou droit et dans l'articulation sterno-claviculaire du côté gauche, que l'on a trouvés chez un individu mort à la suite de cette petite opération, et qui était parfaitement sain au moment de la subir? (1)

L'expérience ne nous apprend-elle pas que les grandes blessures, les brûlures étendues, et même la simple introduction de corps dilatans dans le canal de l'urètre, et surtout leur séjour prolongé dans ce canal, donnent lieu souvent à des inflammations des organes intérieurs?

D'un autre côté, n'observe-t-on pas des inflammations viscérales chez les personnes qui succombent aux suites d'amputations nécessitées par des maladies anciennes, et dont la plaie a été livrée à la suppuration?

Si donc on les a vues aussi se manifester quelquefois à la suite de la réunion immédiate, ce n'est pas à elle qu'on doit les attribuer; car on compte une infinité de faits dans lesquels la guérison a été obtenue par cette méthode dans de pareilles circonstances. On n'a pas sans doute oublié les succès de M. *Paul Dubois*, dont nous avons fait mention.

Mais en supposant que ces phénomènes inflammatoires soient réel-

---

(1) Ce fait a été recueilli à la clinique de M. *Lallemand* en novembre 1827.

lement dus à la brusque suppression d'une fluxion habituelle, il faut remarquer que, dans les cas de lésions organiques, pour lesquels on voudrait établir l'exception, les malades se trouvent depuis long-temps en proie à la douleur, tourmentés par les progrès d'une fièvre consomptive, privés d'appétit et de sommeil, et dans un tel état d'épuisement, que l'amputation est regardée comme une ressource extrême. Or, dans une pareille conjoncture, il nous semble préférable de réunir la plaie avec tout le soin possible, et de faire cesser au plus tôt les phénomènes morbides, que de l'abandonner longuement à la suppuration, malgré les inconvéniens que peut avoir la prompte suppression de celle-ci. Tout en cédant à l'urgence du moment, pour choisir le moindre de deux maux, nous ne croyons pas inutile d'établir tantôt des exutoires sur les membres ou sur la poitrine, tantôt encore une révulsion artificielle sur le tube digestif; en un mot, attentif à tout ce qui se passe, le chirurgien doit alors faire preuve de ses connaissances médicales. Nous ne voyons pas où est l'avantage de combattre une maladie grave et chronique par une maladie aiguë bien plus grave encore.

On a enfin accusé la réunion immédiate de produire des érysipèles et même le tétanos; nons croyons qu'on a déjà assez répondu à de pareilles objections, et que, dans l'état actuel de la chirurgie, il est inutile d'y revenir.

CHAPITRE V.

Conditions nécessaires au succès de la réunion immédiate.

Quand il s'agit de réunir les solutions de continuité ordinaires, tous les auteurs sont à peu près d'accord. Il ne sera donc question ici que des préceptes que l'on doit avoir présens à l'esprit quand on pratique une amputation ou toute autre opération majeure, en se proposant d'obtenir la réunion immédiate. On a soupçonné, et peut-être avec raison, que l'oubli ou la fausse application de quelques

unes des conditions que nous allons rappeler ont été la cause des revers que l'on attribue à cette méthode. Pour bien atteindre un but, on ne doit rien négliger de ce qui peut y conduire ; tout s'enchaîne dans le procédé de la réunion immédiate, et il serait fort injuste de mettre nos fautes ou l'imperfection de nos moyens sur le compte du procédé lui-même.

Section de la peau. Nous avons entendu dire à M. *Delpech*, à propos des amputations : « S'il est un principe en chirurgie dont on ne doit jamais s'écarter, c'est celui de disséquer et conserver les tégumens de manière à recouvrir les surfaces saignantes : à cette seule condition on peut se permettre de tenter de grandes entreprises chirurgicales, et nous renoncerions plutôt à l'exercice de notre art qu'à l'observation de ce précepte (1). »

L'énergie avec laquelle ce précepte général a été posé, par un des hommes qui honorent le plus la chirurgie française, nous a frappé, et nous avons eu mainte fois depuis l'occasion de nous convaincre qu'en effet une des conditions indispensables, quand on se propose d'obtenir la réunion immédiate, consiste à ménager autant que possible les tégumens, et donner aux incisions la forme la plus convenable au rapprochement des parties. Ces précautions sont d'autant plus utiles, que la peau, que l'on aurait sacrifiée, recouvre des organes essentiels.

Quelques praticiens ne font peut-être pas assez attention aux dangers qui sont le résultat des sacrifices qu'ils font de la peau saine qui recouvre ou entoure le cancer du sein : c'est ainsi que nous avons vu pratiquer des plaies *circulaires* d'une grande étendue, sacrifier une grande quantité de peau saine, emporter le mamelon et la glande mammaire, parce qu'on croyait que l'*infection cancéreuse s'établissait par les canaux lactifères :* quelques-unes de ces femmes cependant n'avaient

---

(1) Leçons orales de clinique.

jamais cessé de donner le sein à leurs enfans malgré la présence de la tumeur. M. *Serre* en a vu autant, et il assure que, chez trois femmes ainsi opérées, le *cancer était nettement circonscrit, bien distinct de la glande mammaire, sans altération aux tégumens ni engorgement aux ganglions axillaires.* Quelques auteurs, il est vrai, dans la crainte de voir laisser quelque portion des tissus dégénérés qui provoquerait la récidive de la maladie, ont conseillé d'emporter largement les tégumens et les parties qui environnent, de tout côté, la tumeur. Mais, doit-on, par des craintes exagérées, et en suivant ce précepte trop absolu, de faire des plaies rondes, qui ne se prêtent pas au rapprochement, enlever si légèrement et dans tous les cas le mammelon, la glande mammaire, et, après cette horrible mutilation, livrer la plaie à la suppuration? Nous ne le pensons pas, car nous avons été souvent témoin d'opérations de cette espèce, dans lesquelles on a circonscrit le cancer par des incisions semi-elliptiques, en conservant toute la portion de peau encore saine pour la rapprocher immédiatement, et les guérisons n'ont pas moins été promptes et soutenues. D'autres fois les cancers étant plus étendus, on a été obligé de disséquer les parties molles encore saines, et de les faire marcher à la rencontre les uns des autres pour obtenir leur réunion par première intention; il en a été de même, quand, à la suite de la résection de la mâchoire inférieure, la peau n'était pas suffisante pour fermer la plaie. Il est d'ailleurs reconnu que, même en sacrifiant sans aucun ménagement la peau, le tissu cellulaire, les muscles mêmes, au milieu desquels le cancer a pris naissance, on ne met pas les malades à l'abri de la récidive, parce qu'on n'enlève pas à l'organisme cette disposition en vertu de laquelle la maladie peut éclater au premier moment.

S'il est un moyen capable de retarder ce fâcheux événement, celui de la réunion immédiate a de grands avantages sur l'autre. En faisant cicatriser rapidement la solution de continuité que l'opération a produite, on enlève au mal l'arme la plus redoutable dont il puisse se servir pour manifester son existence.

Section des os. Dans toutes les opérations où le système osseux peut être intéressé, l'on ne doit jamais perdre de vue qu'il faut ménager le périoste. Quelques auteurs ont signalé la dénudation des os comme cause de la nécrose qui se manifeste quelquefois et nuit à la réunion des parties molles. M. *Gensoul*, chirurgien en chef à l'hôtel-Dieu de Lyon, conseille de promener la scie légèrement sur le périoste lui-même, et d'arriver ainsi à l'os : par ce moyen, dit-il, on évite toute espèce de dénudation (1). Que penser, d'après cela, du conseil, que donnent quelques auteurs, de racler le périoste ?

Il n'est pas indifférent, quand on a le choix, de faire tomber la section de l'os sur les diaphyses, ou tout près de leurs extrémités, la substance spongieuse étant moins susceptible d'être frappée de mort.

C'est surtout dans l'amputation de la jambe, au lieu d'élection, que ce précepte doit trouver son application.

Quant à la direction que l'on doit donner à la section des os, M. *Gensoul* conseille, dans les amputations de cuisse, pour prévenir l'irritation que produit le bout du fémur, entraîné constamment en haut par la contraction des muscles psoas et iliaques, de diriger la scie obliquement en bas, de manière à couper un peu plus de la partie antérieure du fémur, que de la partie postérieure.

Pour l'amputation de la jambe, il veut que l'on coupe le tibia dans le même sens que le fémur, et qu'en outre on fasse la section du péroné à un demi-pouce ou trois quarts de pouce au-dessus ; alors, dit-il, on réunit la plaie comme s'il n'y avait qu'un os. Nous ne partageons pas l'avis de ce chirurgien : il nous semble que ces coupes en biseau sont désavantageuses, non-seulement parce que le sommet de cette espèce de bec de flûte qui en résulte doit irriter et perforer même quelquefois les parties, mais encore parce que, après la guérison, il doit tendre à blesser et à rompre la cicatrice ou les parties molles du moignon qui appuyait sur le cuissart.

---

(1) *Serre*, ouvrage cité.

Ce dernier inconvénient ne concerne pas, il est vrai, l'amputation de la jambe, dont le moignon ne repose pas comme celui de la cuisse; mais, dans ce cas, il nous semble que la coupe oblique qu'a proposée *Béclard*, seulement pour la crête du tibia, remplit le même but.

Pour obvier à l'inconvénient que cause, d'un côté, la contraction des muscles psoas et iliaque, de l'autre, le poids des chairs et des appareils qui les pressent contre l'os, nous préférerions, pour le fémur, la modification que *Béclard* a proposée pour le tibia: son excution ne paraît pas entraîner de grandes difficultés.

Doit-on détruire la membrane synoviale, quand on ampute dans la contiguité des os, afin de prévenir les fistules qui pourraient résulter de l'écoulement continuel de la synovie, comme on l'a prétendu dans ces derniers temps? Outre les inconvéniens graves qui pourraient suivre une semblable manœuvre, elle nous paraît inutile, puisque dans ces circonstances la sécrétion de l'humeur synoviale n'est jamais considérable, et se tarit le plus souvent d'elle-même. M. le professeur *Cloquet* assure que ces fistules sont rares, et que le plus souvent elles guérissent spontanément (1).

Moyens hémostatiques. Nous nous abstiendrons de parler des procédés barbares dont se servaient les chirurgiens pour arrêter les hémorrhagies, jusqu'à ce qu'*Ambroise Paré*, qui vivait vers la fin du seizième siècle, eut mis en pratique le procédé de la ligature. Comme toutes les innovations, quelque utiles qu'elles soient, celle-ci a soulevé l'opposition des préjugés pendant long-temps (2), et jusqu'à

---

(1) Dict de méd. en 21 vol., art. *Amputation.*

(2) D'après l'autorité de *Dionis*, qui paraît être le premier chirurgien français qui ait enseigné et recommandé publiquement la méthode de *Paré*, cent ans environ après la mort de ce célèbre chirurgien, on était encore dans l'usage, à l'Hôtel-Dieu de Paris, d'employer un morceau de vitriol pour arrêter l'hémorrhagie. (*Dionis*, Cours d'opération, 1707.) Qui le croirait? l'ancienne Académie de chirurgie, à qui l'art doit tant de progrès, a été jusqu'à préférer l'agaric a la ligature!

ce qu'enfin des esprits forts et dépouillés de prévention revinrent sur les essais du père de la chirurgie française, et démontrèrent que la ligature des vaisseaux était le meilleur moyen hémostatique connu : dès-lors on s'occupa de perfectionner son emploi et de le faire adopter. Cette invention a dû exercer une grande influence sur les progrès de la réunion immédiate, à laquelle elle est si utile et si étroitement liée. En effet, quoique M. *Koch* fasse usage de la réunion immédiate, à Munich, depuis long-temps, sans lier aucun vaisseau, et prétende n'avoir jamais eu à lutter contre l'hémorrhagie, il n'est pas permis encore d'abandonner les ligatures, dont les avantages sont si généralement reconnus (1).

D'un autre côté, si les praticiens n'ont pas tous senti l'importance de lier toutes les artères ouvertes, c'est que tous n'ont pas eu pour but la réunion immédiate. Ceux, par exemple, qui remplissent les plaies de charpie, et les entourent d'un bandage fortement serré, n'ont pas besoin de faire un si grand nombre de ligatures. L'hémorrhagie consécutive et les épanchemens qui en résultent sont l'évènement le plus fâcheux qui puisse succéder à l'amputation et celui qui doit le plus sûrement renverser les espérances que l'on peut fonder sur la réunion immédiate. M. *Delpech* conseille de lier à l'instant même et avec un soin scrupuleux tous les vaisseaux artériels, ceux même qui ne fournissent pas de sang dans le moment, et que l'on reconnaît, parce qu'ils ont à leur orifice un caillot, qu'il est aisé de détacher. Ce bouchon fibrineux, ajoute-t-il, n'a rien de solide ; au moment où la cessation de la douleur aura rendu à la circulation toute sa liberté, le sang doit apparaître. On ne saurait trop prévenir un pareil accident (2). D'après cela, il paraîtrait au moins superflu d'attendre deux

---

(1) M. *Koch* prétend que, quand on lie quelques artères, il faut pousser cette précaution jusqu'aux plus petits vaisseaux vers lesquels le sang se porte ; si l'on ne prend pas cette précaution, les ligatures que l'on a placées sont elles-mêmes la cause de l'hémorrhagie. (Journ. des progrès des sc. méd., t. 3, p. 126.)

(2) Mémorial des hôpitaux du midi, etc., t. 2, p. 163.

et trois heures pour panser la plaie; et nous croyons que cette exposition si prolongée au contact de l'air n'est pas sans inconvénient pour le succès de la réunion.

Ce n'est pas sans raison que l'on a conseillé, dans les opérations qui nécessitent une dissection minutieuse, pour respecter des organes importans, de lier les artères à mesure qu'on les ouvre; on ne peut pas nier qu'il y a beaucoup plus de facilité à les reconnaître et à les saisir; en les mettant à sec, on conduit mieux l'operation; on suit de l'œil l'instrument, en distinguant les tissus qu'il faut atteindre de ceux que l'on doit respecter; enfin, on évite au malade une perte considérable de sang, qui peut lui être très-nuisible, s'il se trouve déjà affaibli.

« Nous sommes dans l'usage, dit encore M. *Delpech*, dans les amputations où l'on ne peut réserver, pour la dernière chose à diviser, les vaisseaux principaux du membre, comme on est libre de le faire pour la désarticulation du bras, de lier l'artère principale à l'instant où elle est coupée et avant de passer outre. » Et plus loin il ajoute : « A la vérité, en liant soi-même les vaisseaux à l'instant même de l'opération, on se prive des avantages de dépêcher le travail, d'avoir l'air de réduire la durée d'une opération à quelques instans, et de se débarrasser d'une foule de soins minutieux. » Mais la part de l'humanité est elle faite? (1) Écoutons encore M. *Richerand* :

« C'est ici, dit-il, le cas de repéter en maxime, qu'il vaut mieux lier plus que moins, et que rien n'est plus dangereux qu'une précipitation mal entendue. La gloire puérile d'achever un peu plus tôt l'opération ne peut être mise en balance avec les inconvéniens qu'entraînerait l'omission de la ligature de quelques artérioles que l'on croirait pouvoir impunément négliger. » (2)

On doit se servir, en général, pour la ligature des artères, d'un fil simple et ciré, le placer perpendiculairement à l'axe du vaisseau,

---

(1) Mémorial des hôpitaux du midi, mars 1830, loc. cit.

(2) Nosogr. chir., t. 4, p. 498.

le serrer assez pour opérer la section de la tunique interne et moyenne, et éviter de comprendre dans l'anse aucun nerf ni aucune veine. Quelques opérateurs croient que, dans ce but, il vaut beaucoup mieux se servir du crochet de *Bronfield* que des pinces à dissection. La ligature des veines donne naissance à la phlébite, celle des nerfs produit aussi, dans quelques cas, des accidens graves, détermine toujours de la douleur, et peut empêcher le fil de couper les deux tuniques de l'artère, ce qui expose à des hémorrhagies consécutives, comme les expériences de M. *Delpech* l'on démontré.

Pour diminuer, autant que possible, l'irritation que la présence des fils détermine, on coupe un des brins près du nœud, l'autre est maintenu hors de la plaie. Quelques opérateurs coupent les deux bouts, et assurent qu'il n'en résulte aucun accident (1). M. *Delpech* a mis cette méthode en pratique à Montpellier, dans une épidémie de pourriture d'hôpital. Il paraît avantageux de le faire dans des circonstances pareilles ; les petits abcès, qui se forment quelquefois pour donner issue à la ligature, n'ont rien de fâcheux.

Quelques auteurs anglais, grands partisans de la réunion immédiate, ont cherché à employer des substances animales pour faire les ligatures, dans la vue de prévenir l'irritation que cause leur présence; la soie, les cordes à violon, la peau de chamois ont été tour à tour essayés. Il paraît que les résultats ne diffèrent guère de ceux que l'on obtient par les ligatures ordinaires.

Un autre moyen hémostatique, qui pourra peut-être disputer un jour la préférence à la ligature, est la torsion des artères. Ce procédé paraît devoir remplir les vues auxquelles il est destiné. Déjà MM. *Amussat, Roux, Velpeau, Blandin* et autres ont fait des essais sur l'homme, et tout porte à penser que la torsion des artères pourra trouver dans la pratique d'utiles applications. Nous savons que récemment M. Lallemand, après avoir fait des essais sur les ani-

---

(1) *Samuel Cooper*, ouvrage cité, p. 70.

maux, a employé ce procédé chez l'homme dans une amputation de cuisse pratiquée à l'hôpital Saint-Eloi, de Montpellier; il a réuni la plaie par première intention au moyen de la suture. Un de nos anciens condisciples nous avait écrit, quelque temps après, que l'opération avait parfaitement réussi. Plus tard, nous avons appris que le malade avait succombé, mais à des causes qui ont paru étrangères à l'amputation : nous ignorons ce que l'anatomie pathologique a démontré.

Si l'expérience fait voir d'une manière indubitable que ce moyen peut remplacer avantageusement la ligature, c'est surtout en facilitant et en rendant plus prompts les succès de la méthode adhésive qu'il rendra le plus de services à l'humanité et à la science.

Moyens de réunion. Les moyens que l'on met en usage pour maintenir en contact les bords d'une plaie sont la suture, les bandelettes agglutinatives, les bandages et appareils. Parmi ces moyens, le plus sûr et le plus efficace est, sans contredit, la suture. Trop prodiguée par les anciens, elle a été presque complètement abandonnée depuis la sanction que l'Académie de chirurgie a donnée au mémoire de *Pibrac*, qui n'avait cependant pour but que d'en faire restreindre l'usage (1). Il est aujourd'hui bien démontré que cet auteur est tombé dans l'exagération, que les faits sur lesquels il basait son opinion n'ont pas la valeur qu'on a pu leur attribuer de prime-abord.

Depuis long-temps des élèves de l'école de Montpellier, frappés des grands succès que M. *Delpech* retire de l'emploi de ce moyen, se sont attachés à réfuter le mémoire de *Pibrac* (2), et M. *Serre*, dans ces derniers temps, n'a rien laissé à désirer (3). Pendant le cours de nos études à Montpellier, nous avons vu employer la suture par M. *Delpech* dans presque toutes les opérations, et n'avons jamais observé les accidens que *Pibrac* a signalés : nous avons eu occasion de com-

(1) Mémoires de l'Académie, édit. in-8°., 1819, t. 3.

(2) Thèses des docteurs *Massabiau*, *Redon*, *Marquet*, *Brunat*, etc.

(3) Mémoire lu à l'Académie le 30 mars 1830.

parer les résultats de cette pratique avec ceux obtenus dans le même hôpital par M. *Lallemand*, qui ne faisait usage que des bandelettes agglutinatives, et nous n'hésitons pas à donner la préférence au premier de ces moyens, secondé par le dernier toutes les fois qu'il s'agira d'obtenir une réunion prompte et exacte, telle que l'on doit toujours désirer à la suite des grandes opérations. Telle est l'opinion émise par M. le professeur *Dugès*, dans son cours de chirurgie, et M. *Lallemand* lui-même, qui manifestait d'abord une si grande répugnance pour la suture, en a fait usage plusieurs fois avec succès dans les derniers temps de notre séjour à Montpellier, et nous avons déjà vu qu'il l'a employée depuis dans l'amputation de la cuisse après avoir pratiqué la torsion des artères. M. le professeur *Dupuytren* s'est aussi exprimé en faveur de ce moyen dans plusieurs de ses leçons, et notamment quand il a dit : *Depuis les derniers travaux de l'Académie, les sutures avaient été entièrement proscrites de la pratique chirurgicale. J'ai moi-même pendant long-temps partagé cette opinion; mais j'ai reconnu depuis que dans un bon nombre de cas la suture devient indispensable* (1). Et M. *Roux* a dit depuis long-temps : *Qu'on ne se laisse pas imposer les faits que* Pibrac *rapporte; ces faits paraissent concluans au premier abord, mais ils ne sont que spécieux; ils ont été choisis pour appuyer une doctrine nouvelle, une manière de voir exclusive*, etc. (2).

Anciennement, on doit en convenir, la suture ne procurait pas des résultats aussi avantageux, parce que l'on comprenait dans les points la peau et les muscles; on sait aujourd'hui que la peau seule doit être embrassée par le fil. Ce moyen de traction serait de peu d'utilité envers les muscles, s'il s'agissait de les entraîner avec une certaine force ; mais que l'on ne perde pas de vue que nous avons recommandé de laisser un excédent très-notable de muscles. Si cette condition a été convenablement remplie lors de la rémission qui succède toujours

(1) Cours de clinique à l'Hôtel-Dieu.

(2) Médecine opératoire, 2e. partie, p. 384.

au premier moment de la douleur, les muscles s'entretouchent par le propre poids de la masse au-delà de l'extrémité de l'os. Il n'y a donc qu'à les fixer dans cette attitude. C'est une véritable occlusion dont il s'agit, et non un effort de rapprochement. Dans cette vue simple et facile, la suture entrecoupée est bien suffisante; il importe seulement que les points soient assez rapprochés pour qu'ils rendent impossible l'accès de l'air (1).

Le seul inconvénient réel et inévitable que ce moyen présente est la douleur; mais, comme disait *Sharp*, le malade en est bien dédommagé par la rapidité de la guérison. Que sont d'ailleurs quelques piqûres d'épingles quand un malade a surmonté les douleurs d'une grande opération?

Les bandelettes agglutinatives sont le moyen que l'on met généralement en usage pour obtenir la réunion des plaies; mais elles ne présentent pas, dans tous les cas, l'efficacité de la suture : outre que les bandelettes ne sauraient convenir quand il n'y a pas de point d'appui ni régularité des lambeaux, on ne doit pas oublier que l'on est réduit, en les employant, à avoir recours à un bandage compressif dont nous avons déjà signalé les inconvéniens. Il faut encore, pour qu'elles puissent s'unir à la peau, que celle-ci soit sèche; or, cette condition est difficile à obtenir, car dans le premier moment le suintement séro-sanguinolent empêche l'agglutination de l'emplâtre. Consécutivement, la sérosité ne manque pas de se répandre; elle humecte les pièces d'appareil, s'interpose entre la peau et les bandelettes, et, à la faveur de la fusion du corps gras et résineux dont elles sont chargées, fusion opérée par l'élévation de la température du corps, elles glissent, se déplacent, et cessent entièrement d'agir. Les lèvres de la plaie se trouvent alors en liberté, ce qui arrive aussi communément quand on les remplace, à l'occasion des pansemens. Si, au contraire, aidées des bandages, leur action est plus puissante, elles compriment,

(3) M. *Delpech* les place à un pouce de distance les uns des autres.

blessent et refoulent les parties molles. Les bandelettes agglutinatives seules sont donc infidèles, insuffisantes, et moins efficaces que les bandages unissans; elles en ont d'ailleurs tous les autres vices.

Que l'on ne nous reproche pas cependant de préconiser exclusivement la suture; nous reconnaissons qu'il est des solutions de continuité qui, par leur nature et leur position, permettent de s'en abstenir; et nous renoncerions à ce moyen, si, sans lui, il ne fallait renoncer souvent aux avantages de la méthode adhésive. La suture et les bandelettes, employées ensemble, sont d'une très-grande efficacité : ces dernières, en étendant leur résistance au loin, où leur adhérence à la peau est plus solide et plus permanente, ôtent aux points de suture les tiraillemens douloureux et l'irritation qu'on leur a reproché de produire.

La répugnance que l'on a manifesté jusqu'à présent contre la suture n'avait rien d'étonnant, si l'on remarque que, depuis cinquante ans, bien peu de praticiens ont fait usage de ce moyen, et que presque tout ce qu'on en a dit et écrit n'est qu'une simple répétition des idées émises par *Pibrac*. Il en est autrement aujourd'hui; le temps est venu de s'affranchir de ces vieilles erreurs.

Quant aux bandages et appareils, nous en avons déjà assez dit sur les inconvéniens attachés à l'usage de la bande placée autour du moignon. Ces inconvéniens n'ont pas été seulement signalés de nos jours : déjà *Alanson* les avait remarqués; *Gooch*, *Valentin* et *Sharp* ont tenu à peu près le même langage; et M. *Serre* dit qu'il ne connaît rien de plus meurtrier et de plus antichirurgical que ces bandages compressifs sur les parties récemment enflammées. Ce moyen ne peut arrêter les progrès des fusées purulentes, et ne sert qu'à les accroître et à les entretenir (1).

Réunion de la plaie, position du membre. Quelques chirurgiens ont conseillé de réunir les plaies après les amputations, en rapprochant

(1) Ouvrage cité, p. 132.

les bords latéraux, de manière à laisser ouvert l'angle inférieur que l'on croit nécessaire pour livrer passage au pus. Cette pratique nous paraît vicieuse : la plaie doit être réunie d'avant en arrière, et de telle sorte, que les deux angles se trouvent sur les parties latérales. La suppuration n'est pas inévitable, comme on l'a dit, dans toutes les circonstances, si l'on réunit complètement la plaie; elle l'est, lorsqu'on se réserve un égoût pour le pus. Il en résulte, en effet, que l'angle inférieur de la plaie, que l'on écarte soigneusement, en y mettant de la charpie, contracte l'inflammation et la suppuration, qui s'étendent aux points voisins et à peu près partout. Cet angle, reposant d'ailleurs sur un coussin, est bientôt écarté et remplacé par un hiatus triangulaire. Nous avons vu quelquefois, dans de pareilles circonstances, la totalité de la plaie s'écarter au moment où on voulait remplacer les bandelettes, seul moyen dont on se servait pour cette réunion partielle. Que pourrait-on faire de plus rationnel, si l'on se proposait de faire manquer la réunion?

Ceci explique comment on a pu avancer que la guérison au moyen de la réunion immédiate se faisait aussi long-temps attendre que celle qui est le résultat de la réunion secondaire : c'est encore l'expérience qui a démontré que la précaution que nous venons de signaler comme quelquefois dangereuse est toujours inutile. Quand on réunit la totalité de la plaie, il arrive souvent qu'il n'y a qu'un suintement séropurulent peu copieux, qui se fait jour à travers le trajet des ligatures. Si le pus vient à se former, la réunion n'a pas lieu ordinairement ; mais si elle se fait, la cicatrice est soulevée et déchirée pour livrer passage à la colection purulente, comme nous l'avons fait remarquer ailleurs ; sa direction transversale n'y met aucun obstacle. La réunion à la suite de l'amputation de la cuisse, faite dans le sens que nous proposons, l'emporte encore sur l'autre, en ce que la guérison ayant lieu la rétraction des muscles de la partie postérieure entraîne la cicatrice assez en arrière pour lui faire dépasser la surface de l'extrémité du fémur : elle se trouve de cette manière moins exposée à être déchirée par cet os en appuyant sur le cuissard ; cette

opinion, au reste, avait été émise par *Alanson ;* MM. *Percy* et *Deschamps* l'ont partagée (1), et M. *Delpech* en démontre chaque jour la justesse par le succès de son application.

A la suite de l'amputation de la jambe, la réunion doit être faite en sens contraire de celle de la cuisse, à cause de la disposition des os ; mais le membre étant placé dans l'abduction et un peu dans la flexion, le moignon repose sur son côté externe. Tout dans cette position favorise la réunion : d'un côté le plan sur lequel repose le moignon ; de l'autre, le poids des chairs et des appareils tiennent lieu des rouleaux de charpie que M. *Roux* a conseillé de mettre sur chaque lèvre de la plaie.

On peut craindre seulement, dans ce cas, la mortification de la peau qui recouvre la tête du péroné ; on a proposé d'en faire la désarticulation, et nous l'avons vu pratiquer par M. *Lallemand* avec succès. Cependant l'expérience n'a pas autorisé cette crainte ; très-souvent on a laissé la tête du péroné en place, sans que le moindre accident s'en soit suivi. Enfin, le membre doit reposer sur un plan horizontal, et il est avantageux, comme le fait toujours M. *Delpech*, de placer à côté du malade une personne chargée spécialement de prévenir les déplacemens du moignon et les secousses convulsives qui se manifestent durant les premiers jours de l'opération.

---

(1) Rapport imprimé à la suite du Mémoire de M. *Roux* sur la réunion, etc., p. 73.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisite optima. *Sect.* 1, *aph.* 6.

II.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Ibid., aph.* 8.

III.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Sect.* 2, *aph.* 46.

IV.

Menstruis deficientibus, sanguis è naribus fluens, bonum. *Ibid., aph.* 46.

V.

Lassitudines sponte obortæ morbos denuntiant. *Ibid., aph.* 5.

VI.

Qui naturâ valdè crassi sunt, magis subitò moriuntur quàm qui graciles. *Ibid., aph.* 44.